



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.003109/2019-85**

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Resp. pelo Registro: Cláudio Costa De Sousa

Data/Hora: 15/08/2019 - 09:54

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV. DUQUE DE CAXIAS, Nº

Complemento

Data/Hora

30/07.2019 - 22.30

Bairro

BUENOS AIRES

Ponto de Referência

BALÃO DA COCA-COLA

**DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS**

Nome: DEYVES MARREIROS PEREIRA LIMA

RG: 2454590 PI

Mãe: DEUSALINA MARREIROS

Pai: JOSÉ DE ARIMATEA PEREIRA LIMA

Endereço: RUA SÃO MATEUS, Nº 880

Bairro: ÁGUA MINERAL

Cidade: TERESINA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

**NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA**

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal culposa no trânsito (Art. 303 do CTB).

**RELATO DA OCORRÊNCIA**

RELATA QUE CONDUZIA A MOTO DE SUA PROPRIEDADE MARCA HONDA CG 160 FAN PLACA QRV-6680-PI COR VERMELHA, RENAVAM 01178633567, E QUE TRAFEGAVA PELA VIA CITADA, QUANDO UM AUTOMÓVEL DE PLACA NÃO IDENTIFICADA, QUE TRAFEGAVA NO MESMO SENTIDO, COLIDIU NA LATERAL DA MOTO, PROVOCANDO A QUEDA DA VITIMA. FOI SOCORRIDO POR FAMILIARES E LEVADO PARA O HOSP. DO BUENOS AIRES. NO DIA 01/08/2019 DEU ENTRADA NO HUT. (PRONT. 418444). TESTEMUNHA: JESLEY ANTUNES GOMES, RUA SÃO MATEUS, 607, AGUA MINERAL. DECLARAÇÕES DO NOTICIANTE.

Cláudio Costa De Sousa - Mat.  
AGENTE DE POL

DEYVES MARREIROS PEREIRA LIMA  
DEYVES MARREIROS PEREIRA LIMA - Noticiante  
Responsável pela Informação

Delegacia de Repressão aos Crimes de Trânsito  
Delegacia de Polícia Civil

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: 6 - CPF:

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR  
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00  
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 2004 CONTA: 80708 6

AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não apresentada

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001            AGÊNCIA: 1769-8            CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 22/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DEYVES MARREIROS PEREIRA LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02004

CONTA: 000000080708-6

---

Nr. da Autenticação 6F5FC66892A2AFBE

AGUAS DA  
TERESINA

AV. PIAUIENSE, 100 - TERESINA - PI  
CEP: 64007-410  
FONE: (066) 3441-1111

TO 1.30  
2215200003019

MATRICULA

12249777-5

FATURA Nº

151605677

Mês/Ano

5/2019

DEUSALINA MARREIROS LIMA

RUA SAO MATEUS, 880 - AGUA MINERAL - TERESINA - PI - CEP: 64007410

015-00010-002675

015

A04L523799

| Mês/Ano | Tipo | Valor | Faturado |
|---------|------|-------|----------|
| 01-2019 | Lido | 21    | 21       |
| 02-2019 | Lido | 21    | 21       |
| 03-2019 | Lido | 21    | 21       |
| 04-2019 | Lido | 21    | 21       |
| 05-2019 | Lido | 21    | 21       |
| 06-2019 | Lido | 21    | 21       |
| 07-2019 | Lido | 21    | 21       |
| 08-2019 | Lido | 21    | 21       |
| 09-2019 | Lido | 21    | 21       |
| 10-2019 | Lido | 21    | 21       |
| 11-2019 | Lido | 21    | 21       |
| 12-2019 | Lido | 21    | 21       |

1 Residencial - Normal

ANTERIOR 23/04/2019 1548  
ATUAL 23/05/2019 1573

25

PS. BASE 07.95 + 1.60 = 9.55  
COPINS 107.99 + 7.60 = 115.59

TABELA DE TARIFFAS

| RESIDENCIAL | TAXA DE CONSUMO (m³/m³) |
|-------------|-------------------------|
| 10          | 0.0000 65               |
| 20          | 0.0000 65               |
| 30          | 0.0000 65               |

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA

VALOR REFERENTE AGUA - 107,95  
> Residencial-Normal 25,0 m³ 107,95

VALORES DE CANCELAMENTO  
TAXA DE CANCELAMENTO (R\$)

VENCIMENTO 04/06/2019

TOTAL A PAGAR 107,95

IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES

ENTRE EM CONTATO COM A CENTRAL DE ATENDIMENTO  
OU SOLICITE EM UMA DE NOSSAS LOJAS O ENVIO DA SUA  
FATURA EXCLUSIVAMENTE POR E-MAIL.

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2.342.1234 DO M.S. E DECRETO Nº 5.440)

| PARÂMETROS    | AMOSTRAS REALIZADAS | AMOSTRAS EM CONFORMIDADE | AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE | MÉDIA / MES | VALOR PERMITIDO |
|---------------|---------------------|--------------------------|-----------------------------|-------------|-----------------|
| PH            | 2380                | 2339                     | 41                          | 1,42        | 0,2-5,0 mg/L    |
| CONDUTIVIDADE | 2383                | 2168                     | 215                         | 8,87        | Inferior a 15   |
| CHL           | 1865                | 1538                     | 327                         | 6,27        | 6,00-9,30       |
| CLOROFILA     | 2384                | 2273                     | 111                         | 2,85        | Inferior a 5    |

CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2.342.1234 DO M.S. E DECRETO Nº 5.440)

| PARÂMETROS     | AMOSTRAS REALIZADAS | AMOSTRAS EM CONFORMIDADE | AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE | MÉDIA / MES | VALOR PERMITIDO |
|----------------|---------------------|--------------------------|-----------------------------|-------------|-----------------|
| ES. COLIFORMES | 660                 | 656                      | 4                           | Ausência    | Ausente         |
| ES. COLIFORMES | 660                 | 660                      | 0                           | Ausência    | Ausente         |

DATA DA EMISSÃO 23/05/2019

HORA DA EMISSÃO 09:35

## DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO

## DADOS DO PACIENTE:

|                                                                                         |                        |                                            |                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|--------------------------------------------|------------------|
| <b>Nome:</b> DEYVES MARREIROS PEREIRA LIMA                                              |                        | <b>Prontuário:</b> 49576                   |                  |
| <b>Mãe:</b> DEUSELINA MARREIROS                                                         |                        | <b>Pai:</b> JOSE DE ARIMATEIA PEREIRA LIMA |                  |
| <b>End. Resid.:</b> RUA MSAO MATEUS 880 - AGUA MINERAL - TERESINA - PI - CEP: 64040-000 |                        |                                            |                  |
| <b>Nascimento:</b> 14/07/1984                                                           | <b>Idade:</b> 35a0m17d | <b>Sexo:</b> Masculino                     | <b>Fone:</b> - - |
| <b>Responsável:</b> O MESMO                                                             |                        | <b>CNS:</b> 203950590670009                |                  |
| <b>Profissão:</b>                                                                       |                        | <b>Documento:</b> CPF: - - -               |                  |
| <b>G. Instrução:</b> Não informado                                                      |                        | <b>E. Civil:</b> Solteiro(a)               |                  |
| <b>End. Local.:</b> - - -                                                               |                        |                                            |                  |

## DADOS DO ATENDIMENTO:

|                                            |                                  |                         |                        |
|--------------------------------------------|----------------------------------|-------------------------|------------------------|
| <b>Código:</b> 170879                      | <b>Data:</b> 31/07/2019 22:50:43 | <b>Clas. Cor:</b> Verde | <b>Convênio:</b> S U S |
| <b>Motivo da Procura:</b> TORÇÃO EM MEMBRO |                                  |                         |                        |

Declaro para os devidos fins que o Sr.(a) acima identificado permaneceu nesta unidade dia 31/07/2019 de 22:50 às \_\_\_\_\_ horas para fins de atendimento hospitalar comprovado no Boletim de Emergência No. 170879////////

HOSPITAL GERAL DO BUENOS AIRES  
ENTREGUE  
Documento Conforme Original  
THE 02/03/2020  
Setor Produção

TERESINA(PI), 2 de Março de 2020.

Rubens Faber  
H.G.B.AIRES  
CHEFE PRODUÇÃO  
02/03/2020

Ass. e Matrícula do Servidor

Alto



**HOSPITAL  
DE URGÊNCIA  
DE TERESINA**

NOME DO PACIENTE: Deives Manoel Pereira Lima  
NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 418444

**SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO - SAME**  
"O HOSPITAL SÓ EXPEDIRÁ CÓPIA DE PRONTUÁRIO UMA VEZ, CABENDO AO  
INTERESSADO REPRODUZIR CÓPIAS NECESSÁRIAS  
À SUA UTILIZAÇÃO".



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT  
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218-5445  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

# BOLETIM DE ENTRADA (BE)

## DADOS DO PACIENTE:

|                                                                                  |                                |                    |                     |
|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------|---------------------|
| Nome: DEYVES MARREIROS PEREIRA LIMA                                              |                                | Prontuário: 418444 |                     |
| Mãe: DEUSELINA MARREIROS                                                         | Pai:                           |                    |                     |
| End. Resid.: RUA SAO MATEUS, 880 - AGUA MINERAL - TERESINA - PI - CEP: 64000-100 |                                |                    |                     |
| Nascimento: 14/07/1984                                                           | Idade: 35a0m18d                | Sexo: Masculino    | Fone: 86-98852-6329 |
| Responsável: DEUSILENE                                                           | CNS: 704201224343382           |                    |                     |
| Profissão: AUTONOMO                                                              | Documento: RG: 2454590 - SSPPI |                    |                     |
| G. Instrução: Não informado                                                      | E. Civil: Solteiro(a)          |                    |                     |

## DADOS DO ATENDIMENTO:

|                                                                   |                              |                 |                    |
|-------------------------------------------------------------------|------------------------------|-----------------|--------------------|
| Código: 733946                                                    | Entrada: 01/08/2019 08:37:40 | Convênio: S U S | Proced: 0301060061 |
| Motivo da Procura<br>(Conforme Paciente/Acomp): QUEDA MESMO NÍVEL |                              |                 |                    |
| Idução: VEÍCULO PRÓPRIO OU DE TERCEIROS                           |                              |                 |                    |

## DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

|                                                                                                                                  |                                    |                                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| Sinal/Sintoma de Apresentação:<br>PROBLEMAS EM EXTREMIDADES                                                                      | Classificação:<br>Dor leve recente | Cor:<br>Verde                                                                |
| Breve História Clas. Risco:<br>PACIENTE SOFREU QUEDA DA PRÓPRIA ALTURA APRESENTANDO DOR E EDEMA EM MSE. NEGA ALERGIAS.<br>ECG=15 |                                    | MARIA AMELIA LOPES DE SOUSA CABRAL<br>COREN 93943<br>Em: 01/08/2019 09:04:19 |

|               |                     |                 |                 |                    |
|---------------|---------------------|-----------------|-----------------|--------------------|
| SSVV:         | (Hora: ____ : ____) |                 |                 |                    |
| Peso: 0,00 Kg | Altura: 0,00 M      | IMC: 0,00 Kg/m2 | Pulso: ____ bpm | Pressão: ____ mmHg |

|                                                                                            |      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:<br>PACIENTE COM TRAUMA DE PUNHO ESQ<br>CD: RX |      |
| Diagnóstico Inicial:<br>?                                                                  | CID: |

|                                                      |
|------------------------------------------------------|
| Exames Complementares:<br>(1274261) - PUNHO ESQUERDO |
| Prescrição Médica:                                   |

|                                                     |                          |                   |
|-----------------------------------------------------|--------------------------|-------------------|
| Motivo da Alta/Encerramento:<br>Observação (Adulto) | DATA: ____ / ____ / ____ | HORA: ____ : ____ |
|-----------------------------------------------------|--------------------------|-------------------|

Deusilene Marceiro P. Lima  
Assinatura Paciente ou Responsável

CLAUDIO AURELIO NOGUEIRA DOS SANTOS  
3321 Em: 01/08/2019 09:08:13



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT  
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02



## Ficha de Prescrição e Evolução Médica

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Consulta: 733946

Imp: 01/08/2019 09:08:14

Nome: DEYVES MARREIROS PEREIRA LIMA

Prontuário: 418444

Local:

Leito:

Tipo Sanguíneo:

Fator RH:

Peso (Kg):

0,00

Altura (M):

0,00

IMC (Kg/m<sup>2</sup>):

0,00

ITEM: PRESCRIÇÃO MÉDICA:

HORÁRIO:

SINAIS VITAIS:

HORA: T: P: R/Sato2: PA: Dor: Glicemia Diurese

REGISTROS DE ENFERMAGEM:

Dr. Jamerson M. de Lencos Jr.  
Ortopedia Traumatologia  
CRM: 3878 TEOT: 11034

**CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**  
**COMPROVANTE DE REGULAÇÃO**

|                                                |                                                                                 |                                            |
|------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| <b>AUTORIZAÇÃO: 707851980</b>                  | <b>Nº REGULAÇÃO: 84968</b>                                                      | <b>TIPO: AVALIAÇÃO CLÍNICA EM HOSPITAL</b> |
| <b>ESTABELECIMENTO SOLICITANTE:</b>            | 2679647 - UNIDADE MISTA DE SAÚDE D ANTONIO PEDREIRA DE A MARTINS - BUENOS AIRES |                                            |
| <b>ESTABELECIMENTO REFERENCIADO:</b>           | 5828856 - HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT          |                                            |
| <b>LEITO:</b>                                  | ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA                                                          |                                            |
| <b>PACIENTE:</b> DEYVES MARREIROS PEREIRA LIMA | <b>NASCIMENTO:</b> 14/07/1984                                                   |                                            |

**DADOS CLÍNICOS**

|                                                                                                                                                                                                                                                               |                                 |                       |                                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|-----------------------|----------------------------------|
| <b>HISTÓRIA CLÍNICA:</b><br>01/08/2019 03:22:48 01/08/2019 03:04:29 01/08/2019 02:29:26 01/08/2019 02:01:28 01/08/2019 01:54:32 01/08/2019 01:39:44 01/08/2019 01:31:47<br>PACIENTE VITIMA DE QUEDA DA PRÓPRIA ALTURA EVOLUINDO COM FRATURA DE RADIO PROXIMAL |                                 |                       |                                  |
| <b>PROVAS DIAGNÓSTICAS:</b><br>RX                                                                                                                                                                                                                             |                                 |                       |                                  |
| <b>EXAMES SOLICITADOS:</b>                                                                                                                                                                                                                                    |                                 |                       |                                  |
| <b>DIAGNÓSTICO(CID):</b> FRATURA DO ANTEBRACO                                                                                                                                                                                                                 |                                 |                       |                                  |
| <b>COMORBIDADE:</b>                                                                                                                                                                                                                                           |                                 |                       |                                  |
| <b>PRESSÃO ARTERIAL:</b> 160x100(mmHg)                                                                                                                                                                                                                        | <b>FREQ. CARDÍACA:</b> 85bpm    | <b>SATURAÇÃO:</b> 98% | <b>FREQ. RESPIRATÓRIA:</b> 18rpm |
| <b>GLICEMIA:</b> 125mg/dL                                                                                                                                                                                                                                     | <b>NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:</b> 15 | <b>USO DE O2:</b>     |                                  |
| <b>USO DROGAS VASOATIVAS:</b>                                                                                                                                                                                                                                 |                                 |                       |                                  |
| <b>USO ANTIBIÓTICOS:</b>                                                                                                                                                                                                                                      |                                 |                       |                                  |
| <b>USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:</b>                                                                                                                                                                                                                              |                                 |                       |                                  |

|                                                                                                                                         |                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| <b>DATA:</b>                                                                                                                            | 01/08/2019 03:04:29 |
| <br>MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO |                     |



JUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE  
RESINA - HUT

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

extra 5

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                    |            |            |       |           |            |       |                   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|------------|------------|-------|-----------|------------|-------|-------------------|
| NOME DO PACIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                    | PRONTUÁRIO | DATA NASC  | IDADE | CLÍNICA   | ENF. OU AP | LEITO | MÉDICO ASSISTENTE |
| DEVES MARREIROS PEREIRA LIMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                    | 418444     | 14/07/1984 | 35    | ORTOPEDIA | CORREDOR 5 |       |                   |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                    |            |            |       | HORÁRIOS  |            |       |                   |
| DATA/HORA<br>CÓDIGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | OBSERVAÇÕES                                        |            |            |       |           |            |       |                   |
| DI :<br>02/08/2019                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | FRAT. PUNHO E                                      |            |            |       |           |            |       |                   |
| 02/08/19                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                    |            |            |       |           |            |       |                   |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Dieta oral livre                                   |            |            |       |           |            |       |                   |
| 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Jelco salinizado                                   |            |            |       |           |            |       |                   |
| 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Ranitidina 50mg _ 01 amp + AD EV 8/8hs             |            |            |       |           |            |       |                   |
| 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6hs                    |            |            |       |           |            |       |                   |
| 5                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Tramadol 100mg _ 01amp + SF 0,9% 100ml EV 8/8hs SN |            |            |       |           |            |       |                   |
| 6                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Plasil _ 01 amp + AD EV 8/8h S/N                   |            |            |       |           |            |       |                   |
| 7                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Keflin 1g 1amp + AD EV 6/6h                        |            |            |       |           |            |       |                   |
| 8                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Curativos diários                                  |            |            |       |           |            |       |                   |
| 9                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Cuidados gerais e sinais vitais                    |            |            |       |           |            |       |                   |
| 10                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                    |            |            |       |           |            |       |                   |
| <div>Dr. Paulo Henrique L. L. Filho<br/>Ortopedia e Traumatologia<br/>CRM 3367</div> <div>Dr. Yuri Jivago Félix<br/>Ortopedia e Traumatologia<br/>CRM 2308</div> <div>Dr. Ricardo S. Valença<br/>Ortopedia e Traumatologia<br/>CRM 3766-TEOT:11305</div> <div>Dr. Paulo H. L. Pereira Filho<br/>Ortopedia e Traumatologia<br/>CRM 3367</div> |                                                    |            |            |       |           |            |       |                   |

## SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME DEIVEZ ADRIANO DAVILA NUNES IDADE 35 anos DATA 05/08 /2019HORÁRIO DE ADMISSÃO 19 hs 10 min TIPO DE ANESTESIA ( ) GERAL ( ) RAQUE (X) BLOQUEIO ( ) PERIDURAL ( ) SEDAÇÃOCIRURGIA REALIZADA FIX. TUB. PUNTO 650 CIRURGIÃO

## SINAIS VITAIS

## HORÁRIO

## ADMISSÃO

## SAÍDA

PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)

161 X 92124 X 94

FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)

7374SATURAÇÃO DE O<sub>2</sub> (%)100 %100 %

TEMPERATURA AXILAR (°C)

FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)

NOME/ MATRÍCULA

## ÍNDICE DE ALDRETT-KROULIK

## ADMISSÃO

## SAÍDA

## ATIVIDADE MUSCULAR

Movimenta os quatro membros

2

2 ☒2 ☐2 ☐2 ☒

Movimenta dois membros

1

1 ☐1 ☐1 ☐1 ☐

É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando

0

0 ☐0 ☐0 ☐0 ☐

## PIRAÇÃO

É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente

2

2 ☒2 ☐2 ☐2 ☒

Apresenta dispnéia ou limitação da respiração

1

1 ☐1 ☐1 ☐1 ☐

Tem apnéia

0

0 ☐0 ☐0 ☐0 ☐

## CIRCULAÇÃO

PA em 20% do nível pré-anestésico

2

2 ☒2 ☐2 ☐2 ☒

PA em 20-49% do nível anestésico

1

1 ☐1 ☐1 ☐1 ☐

PA em 50% do nível pré-anestésico

0

0 ☐0 ☐0 ☐0 ☐

## CONSCIÊNCIA

Esta lúcido e orientado no tempo e espaço

2

2 ☒2 ☐2 ☐2 ☒

Desperta, se solicitado

1

1 ☐1 ☐1 ☐1 ☐

Não responde

0

0 ☐0 ☐0 ☐0 ☐SATURAÇÃO O<sub>2</sub>É capaz de manter saturação de O<sub>2</sub> maior de 92% respirando em ar ambiente

2

2 ☒2 ☐2 ☐2 ☒Necessita de O<sub>2</sub> para manter saturação maior que 90%

1

1 ☐1 ☐1 ☐1 ☐Apresenta saturação de O<sub>2</sub> menor que 90%, mesmo com suplemento de O<sub>2</sub>

0

0 ☐0 ☐0 ☐0 ☐

## ESCALA DE DOR ADMISSÃO



TOTAL

1010

## ESCALA DE DOR ALTA



ASS.

VerarVerar

## )SONDA VESICAL

## ( )DRENO DE SUCÇÃO

## ( )DRENO TORACICO

## ( )DVE

## ( )COLOSTOMIA

## SONDA ( ) NASOG ( ) NASOE

hs

mL

hs

mL

hs

mL

hs

mL

hs

mL

hs

mL

hs

mL

hs

mL

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

19h: Admitido O<sup>o</sup> 359 em 10<sup>o</sup> de fixação de fístula do bônho esquerdo, sob anestesia de bloqueio do plexo braquial, 10 mg de sedos. Verar

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

## ALTA SRPA

## HORÁRIO

## ANESTESIOLOGISTA

ENCAMINHAMENTO ( ) EXTERNO ( ) SALA DE GESSO ( ) IMAGENS E GRÁFICOS ( )

POSTO: ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) EMERGÊNCIA PED. UTI: ( ) PED ( ) NEURO ( ) GERAL ( ) 4 ( ) QUEIM. CLÍNICA: ( ) PED ( ) NOT ( ) NEU ( ) CIR ( ) MÉD



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

Deane  
33.00h

NOME DO PACIENTE

PRONTUÁRIO

MARIA DE JESUS MENDES MACHADO

CLÍNICA  
Ortopédica

ENF. OU AP LEITO

MÉDICO ASSISTENTE

DATA/HORA  
CÓDIGO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

OBSERVAÇÕES

01/08/19

1 Dieta oral livre, zero após meia noite

2 SF 0,9% 500 ml EV em 24h PMV

3 Dipirona 1G - 2CC + AD EV 6/6h

4 Tenoxicam 20mg - 01 amp + AD EV 12/12h

5 Tramadol 100mg 01 amp + AD EV 8/8h SOS

6 Ssvv + ccgg

7

8

9

Dr. Jamerson M. de Lemos Jr.  
Ortopedista - Traumatologia  
Quadril  
CRM: 23878 REG: 11094

13h

cc

cc - ACOHA

cc - ACOHA

11:30 Funcionado AUB

com febre 38.30 e  
MSD. - Deane  
919074



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

228909

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNES

5828856

Código da  
Internação:

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

4-CNES

5828856

244275

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: DEYVES MARREIROS PEREIRA LIMA

6 - Prontuário: 418444

7-CNS: 704201224343382

8-Nascimento: 14/07/1984

9-Sexo: Masculino

RG: 2454590 - SSPPI

11-Mãe: DEUSELINA MARREIROS

12-Fone: 86-98852-6329

13-Resp: DEUSILENE

14-Cor: Parda

-Ender: RUA SAO MATEUS, 880 - AGUA MINERAL - CEP: 64000-100

16-Munic: TERESINA

17-Cod.IBGE: 221100

18-UF: PI

19-CEP: 64000-100

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

PACIENTE SOFREU QUEDA DA PROPIA ALTURA APRESENTANDO DOR E EDEMA EM MSE, PACIENTE COM TRAUMA EM  
PUNHO ESQUERDO.

21 - Condições que justificam a internação:

A MESMA

22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):

REALIZADO EXAMES

23-Diagnóstico Inicial:

Fratura da extremidade distal do rádio

24-CID Prim: S525

25-CID Sec.:

26-CID C.Ass.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 27-Procedimento Solicitado:

0408020407

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METÁFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO

Tempo SUS

2

29-Clinica:

30-Caráter: Ident.:

02

01

31-Docum.:

CPF

32-Doc. Méd. Solic.:

835.447.043-15

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

34-Data Solicitação:

JAMERSON MOREIRA DE LEMOS JUNIOR

01/08/2019

35-Ass. Carimbo Med.Sol. (CRM)

Dr. Jamerson M. de Lemos Jr.  
Ortopedia / Traumatologia  
Cir. Quadril  
CRM: 3878 TEOT: 11094

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36-( ) Acidente de Trânsito

39-CNPJ Seguradora:

40-No.Bilhete:

41-Série:

37-( ) Acidente Trabalho Típico

42-CNPJ Empresa:

43-CNAE Empresa:

44-CBOR:

38-( ) Acidente Trabalho Trajeto

45 - Vínculo com a Previdência:

( ) Empregado

( ) Empregador

( ) Autônomo

( ) Desempregado

( ) Aposentado

( ) Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

48-Documento:

49-Num. Documento:

( ) CNS ( ) CPF

50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Usuário: (ALCINA OLIVEIRA)

Consulta Local: 733946

Consulta SUS:

Impressão: 01/08/2019 09:52:11

Deusilene Marreiros P. Lima

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

**RELATÓRIO DE OPERAÇÃO**

Centro Cirúrgico

**Paciente:**

|                                               |                                  |                                       |
|-----------------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------|
| <u>Nome:</u><br>DEYVES MARREIROS PEREIRA LIMA | <u>Prontuário:</u><br>418444     | <u>Cod. Internação:</u><br>244275     |
| <u>Mãe:</u><br>DEUSELINA MARREIROS            | <u>Nascimento:</u><br>14/07/1984 | <u>Cartão SUS:</u><br>704201224343382 |

**Equipe:**

|                                                                           |                                |
|---------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| <u>Cirurgião:</u><br>ARTHUR SAMPAIO SOARES DE SOUSA (CPF: 643.843.143-53) | <u>1o. Aux.:</u><br>(CPF: )    |
| <u>2o. Aux.:</u><br>(CPF: )                                               | <u>3o. Aux.:</u><br>(CPF: )    |
| <u>Instrumentador:</u><br>(CPF: )                                         | <u>Anestesista:</u><br>(CPF: ) |

**Relatório:**

|                                     |                         |                      |                                     |                                 |                                   |
|-------------------------------------|-------------------------|----------------------|-------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|
| <u>Data Cirurgia:</u><br>01/08/2019 | <u>Início:</u><br>16:30 | <u>Fim:</u><br>17:00 | <u>Tipo Cirurgia:</u><br>ORTOPÉDICA | <u>Tipo Anestesia:</u><br>GERAL | <u>Sala Cirúrgica:</u><br>SALA 01 |
|-------------------------------------|-------------------------|----------------------|-------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|

**Diagnóstico Pré-Operatório:**

Frat de rádio distal E

**Relatório Imediato do Patologista:**

XXXXXXXXXX

**Acidente Durante a Operação:**

XXXXXXXXXXXXXXXXXX

**Diagnóstico Pós-Operatório:**

Frat de rádio distal E

**Descrição da Cirurgia (Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)**

ASSEPSIA E CAMPOS NO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO  
REDUÇÃO FECHADA DA FRATURA DE RÁDIO DISTAL  
FIXAÇÃO COM FIOS K  
CURATIVO ESTERIL  
IMOBILIZAÇÃO COM TALA

| <u>Código:</u> | <u>Descrição:</u>                                | <u>Proc. Rea:</u> | <u>Proc. Princ.:</u> | <u>Valor SH.:</u> | <u>Valor SP.:</u> |
|----------------|--------------------------------------------------|-------------------|----------------------|-------------------|-------------------|
| 0408020407     | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / | Sim               | Não                  | 159,49            | 94,31             |

*[Assinatura]*  
DR. ATILIO GONCALVES  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM 3200-PI



## FICHA DE ANESTESIA

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA  
SERVIÇO DE ANESTESIANome: DEYVES MARRÊINHOS P. LIMA

Sala:

Alergia: NENHUMAData: 01/08/19

Procedimento:

Cirurgião:

Observações:

TC FRATURA HUMERUS ESQUERDO

| Agentes  | Unid       | 15 | 30 | 45  | 15  | 30  | 45 | 15 | 30 | 45 | 15 | 30 | 45 |
|----------|------------|----|----|-----|-----|-----|----|----|----|----|----|----|----|
| 1        | CEFAZOLIMA | g  |    | 2.0 |     |     |    |    |    |    |    |    |    |
| 2        | DIPLOM     | g  |    |     |     | 2.0 |    |    |    |    |    |    |    |
| 3        | TRAMAL     | mg |    |     |     | 100 |    |    |    |    |    |    |    |
| 4        | TENOXICAN  | mg |    |     |     | 2.0 |    |    |    |    |    |    |    |
| 5        | DECAIDON   | mg |    | 8.0 |     |     |    |    |    |    |    |    |    |
| 6        | NAUSEIDON  | mg |    | 4.0 |     |     |    |    |    |    |    |    |    |
| 7        | MIDAZOLAM  | mg |    |     | 5.0 |     |    |    |    |    |    |    |    |
| 8        | FENTANIL   | mg |    | 1.0 |     |     |    |    |    |    |    |    |    |
| 9        |            |    |    |     |     |     |    |    |    |    |    |    |    |
| 10       |            |    |    |     |     |     |    |    |    |    |    |    |    |
| 11       |            |    |    |     |     |     |    |    |    |    |    |    |    |
| 12       |            |    |    |     |     |     |    |    |    |    |    |    |    |
| 13       |            |    |    |     |     |     |    |    |    |    |    |    |    |
| Oxigênio |            |    |    |     |     |     |    |    |    |    |    |    |    |
| AR/N2O   |            |    |    |     |     |     |    |    |    |    |    |    |    |
| Volatil  | %          |    |    |     |     |     |    |    |    |    |    |    |    |

## Acesso Vascular

- ☒ Periférico  
Cat. Venoso nº    G  
☐ Dificuldade aces. venoso  
Gastos    cateteres  
☐ Central

## Via Aérea

- ☒ Cateter nasal  
IOT nº     
☐ LMA nº

## Monitorização:

- ☒ Cardioscopia  
☒ PANI  
☒ Oxímetro de pulso  
☐ ETCO2  
☐ Outros

## Anestesia:

- ☐ Geral Venosa  
☐ Geral Balanceada  
☐ Raquianestesia  
☐ Peridural  
☒ Bloqueio Periférico  
☐ Outros

Decúbito:

Prone

|                   |      |      |     |
|-------------------|------|------|-----|
| SPO2 (%)          | 100  | 100  | 100 |
| ETCO2 (mmHg)      |      |      |     |
| Aces. Venoso      | (5E) | (5E) |     |
| Aces. Venoso      |      |      |     |
| Diurese           |      |      |     |
| Perdas Sanguíneas |      |      |     |

## Descrição da Anestesia:

Bloq. PAXAN(E): Agulha A-100, guiado por US,  
admitindo 15ml lidocaina 2%, CVC + Bupiv.  
como 0.5%, CVC

Hospital Hipólito B. T. Silva  
Médico Anestesiologista  
CRM: 15337 RQE 2968  
Anestesiologista

## LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

|  |                         |  |                                   |
|--|-------------------------|--|-----------------------------------|
|  | Mudança de Procedimento |  | Órtese e prótese - OPME           |
|  | Diária de UTI           |  | Fatores de Coagulação             |
|  | Diárias de Acompanhante |  | Gasoterapia                       |
|  | Hemoderivados           |  | Nutrição Parenteral / Enteral     |
|  | Diálise / Hemodiálise   |  | Procedimento fora da faixa etária |
|  | Albumina Humana 20%     |  |                                   |

HOSPITAL: \_\_\_\_\_ CNPJ: \_\_\_\_\_  
 PACIENTE: \_\_\_\_\_ Nº AIH: \_\_\_\_\_  
 PROCEDIMENTO ANTERIOR: \_\_\_\_\_ PROCED. SOLICITADO: \_\_\_\_\_  
 MÉDICO SOLICITANTE: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

### JUSTIFICATIVA

2 Fios e 2 un

DR. ARTUR JOSE DE SOUZA  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM 3200-PI

DATA: \_\_\_\_\_

Assinatura do Médico Solicitante

### AUDITOR

DATA: \_\_\_\_\_

Assinatura do Médico Solicitante

RAIO-X REALIZADO  
DATA \_\_\_\_\_ HORA \_\_\_\_\_  
TÉCNICO \_\_\_\_\_



# PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº \_\_\_\_\_

Proc. Nº \_\_\_\_\_

Rubrica \_\_\_\_\_

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 01/08/18

|                                                 |                              |
|-------------------------------------------------|------------------------------|
| NOME DO PACIENTE: <u>Deives Mameiro P. Lima</u> | PRONTUÁRIO Nº: <u>418444</u> |
| DIAGNÓSTICO:                                    | CIRURGIA:                    |
| ANESTESIA: <u>B.P.B</u>                         | Nº DA SALA: <u>02</u>        |
| CIRURGIÃO: <u>Dr. Arthur</u>                    | CPF Nº:                      |
| AUXILIAR:                                       | CPF Nº:                      |
| ANESTESIA: <u>Dr. João</u>                      | CPF Nº:                      |
| INSTRUMENTADORA: <u>Juana</u>                   | CPF Nº:                      |

## MATERIAL DE CONSUMO

| DISCRIMINAÇÃO           | UNID. | QUANT. | PREÇO | DISCRIMINAÇÃO              | UNID.  | QUANT. | PREÇO |
|-------------------------|-------|--------|-------|----------------------------|--------|--------|-------|
| AGULHA 25X8             | UNID. | 03     |       | LÂMINA DE BISTURI          | UNID.  |        |       |
| AGULHA 30X8             | UNID. | —      |       | LUVA Nº <u>7-0</u>         | PAR    | 02     |       |
| AGULHA 40X12            | UNID. | 01     |       | LUVA Nº <u>7-5</u>         | PAR    | 02     |       |
| AGULHA RAQUE            | UNID. |        |       | LUVA DE PROCEDIMENTO       | PAR    | 06     |       |
| ALCOOL 70%              | ML    | 200    |       | PVPI DE GERMANTE           | ML     | 250    |       |
| ALGODÃO                 | BOLA  | 04     |       | PVPI TÓPICO                | ML     | 150    |       |
| ÁGUA OXIGENADA          | ML    |        |       | PVPI TINTURA               | ML     |        |       |
| COMPRESSA               | PAC.  | 02     |       | SERINGA 20CC               | UNID.  | 02     |       |
| EQUIPO MACRO- GOTA      | UNID. | 01     |       | SERINGA 10CC               | UNID.  | 01     |       |
| ESPARADRAPO             | CM    | 15     |       | SERINGA 5CC                | UNID.  | 01     |       |
| ESCALPE Nº              | UNID. |        |       | SERINGA 3CC                | UNID.  |        |       |
| FORMOL                  | ML    |        |       | SORO FISIOLÓGICO           | FRASCO | 02     |       |
| GASES                   | PAC.  | 04     |       | SONDA URETRAL              | UNID.  |        |       |
| JELCO Nº                | UNID. |        |       | <u>Luva n.º 8-5</u>        | 02     |        |       |
| FIOS                    | UNID. | QUANT. | PREÇO | OCORRÊNCIA <u>Exatidão</u> | 03     |        |       |
| CAT. GUT. SIMPLES C/AG  |       |        |       | <u>Exatidão</u>            | 05     |        |       |
| CAT. GUT. SIMPLES S/AG. |       |        |       | <u>Cupom</u>               | 03     |        |       |
| CAT. GUT. CROMADO C/AG  |       |        |       |                            |        |        |       |
| CAT. GUT. CROMADO S/AG  |       |        |       |                            |        |        |       |
| ALCOFIL                 |       |        |       |                            |        |        |       |
| MONONYLON               |       |        |       |                            |        |        |       |
| FITA UMBILICAL          |       |        |       | ENFERMARIA: <u>B.C</u>     |        |        |       |
| VICRYL                  |       |        |       | CIRCULANTE: <u>Luana</u>   |        |        |       |
| PROLENE                 |       |        |       |                            |        |        |       |

VALIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

2.454.590 26/10/18

DEYVES MARREIROS PEREIRA LIMA

DEUSELINA MARREIROS  
JOSÉ DE ARIMATÉA PEREIRA LIMA

TERESINA-PI 14/07/1984

CERT.NASC. 71515 L 79A F 506  
EXP TERESINA-PI 05/11/99  
050.225.643-51

LEI Nº 7.116 DE 20/08/83 - DECRETO Nº 80.260/83

CARTeira DE IDENTIDADE

DEYVES MARREIROS PEREIRA LIMA




GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO - RUA DE NEVES MARREIROS

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200115755 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** DEYVES MARREIROS PEREIRA LIMA **Data do acidente:** 30/07/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 19/03/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO  
ALTA MÉDICA

**Sequelas permanentes:** DÉFICIT FUNCIONAL DE PUNHO ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO PUNHO ESQUERDO

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

| DANOS CORPORAIS<br>COMPROVADOS                   | Percentual da Perda<br>(Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento<br>da Perda (art 3º<br>§ 1º da Lei<br>6.194/74) | % Apurado | Indenização<br>pelo dano |
|--------------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------|--------------------------|
| Perda completa da mobilidade de um dos<br>punhos | 25 %                                            | Em grau médio - 50 %                                          | 12,5%     | R\$ 1.687,50             |
| Total                                            |                                                 |                                                               | 12,5 %    | R\$ 1.687,50             |

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200115755 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** DEYVES MARREIROS PEREIRA LIMA **Data do acidente:** 30/07/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 19/03/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** a

**Resultados terapêuticos:** a

**Sequelas permanentes:** a

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:** a

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS                   | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
| Perda completa da mobilidade de um dos punhos | 25 %                                         | Complemento por reanálise - 0 %                      | 0%        | R\$ 0,00              |
| Total                                         |                                              |                                                      | 0 %       | R\$ 0,00              |

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0091753/20

**Vítima:** DEYVES MARREIROS PEREIRA LIMA

**CPF:** 050.225.643-51

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 30/07/2019

**Titular do CPF:** DEYVES MARREIROS PEREIRA LIMA

**Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação

**DEYVES MARREIROS PEREIRA LIMA : 050.225.643-51**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 13/03/2020  
Nome: DEYVES MARREIROS PEREIRA LIMA  
CPF: 050.225.643-51

DEYVES MARREIROS PEREIRA LIMA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/03/2020  
Nome: JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO  
CPF: 021.355.263-98

JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO

---

**Rio de Janeiro, 16 de Março de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200115755**

**Vítima: DEYVES MARREIROS PEREIRA LIMA**

**Data do Acidente: 30/07/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), DEYVES MARREIROS PEREIRA LIMA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

---

**Rio de Janeiro, 27 de Março de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200115755**

**Vítima: DEYVES MARREIROS PEREIRA LIMA**

**Data do Acidente: 30/07/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: INTERRUÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), DEYVES MARREIROS PEREIRA LIMA**

Comunicamos que o prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido do Seguro DPVAT foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais e sua contagem será reiniciada imediatamente após a conclusão das verificações para esclarecimentos dos fatos.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder-DPVAT.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 28 de Abril de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200115755**

**Vítima: DEYVES MARREIROS PEREIRA LIMA**

**Data do Acidente: 30/07/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), DEYVES MARREIROS PEREIRA LIMA**

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

|                  |              |
|------------------|--------------|
| Multa:           | R\$ 0,00     |
| Juros:           | R\$ 0,00     |
| Total creditado: | R\$ 1.687,50 |

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **DEYVES MARREIROS PEREIRA LIMA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000002004**

Conta: **0000080708-6**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 050.225.643-51 4 - Nome completo da vítima: Deves Marreiros Pereira Lima

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Deves Marreiros Pereira Lima 6 - CPF: 050.225.643-51  
7 - Profissão: Recuso 8 - Endereço: Rua São Mateus 9 - Número: 880 10 - Complemento:  
11 - Bairro: Agua Mineral 12 - Cidade: Turizina 13 - Estado: PR 14 - CEP: 64007-420  
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 086)9905 4054

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
AGÊNCIA: 2004 CONTA: 80708 6 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Turizina, 19/02/2020

Deves Marreiros  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)